

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'UNIVERSITÉ)

PAR

Docteur ANNA KONOVALOFF

née VEINTRAUB

Née le 26 Avril 1901, à Zitomir (Russie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA GROSSESSE
CHEZ LA
TUBERCULEUSE PULMONAIRE

(Statistiques de la Clinique Tarnier)

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUBEUGE

1931

Anna KONOVALOFF

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GROSSESSE
CHEZ LA TUBERCULEUSE PULMONAIRE**

Statistiques de la Clinique Tarnier



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'UNIVERSITÉ)

PAR

Docteur ANNA KONOVALOFF

née VEINTRAUB

Née le 26 Avril 1901, à Zitomir (Russie)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GROSSESSE CHEZ LA TUBERCULEUSE PULMONAIRE

(Statistiques de la Clinique Tarnier)

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

LES PRESSES MODERNES

45, RUE DE MAUBEUGE

1931

I. — PROFESSEURS

Le Doyen.

M. ROGER

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale .	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie .	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie. .	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des ma- ladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphi- tiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.	ALAJOUANINE.
Physiologie	BINET.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD (Henri).
Chimie biologique	BLANCHETIERE.
Pathologie chirurgicale	BROCC.
Pathologie médicale	BRULE.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie médicale	DE GAUDARD
	[D'ALLAINES.
Pathologie chirurgicale	DOGNON.
Physique	DONZELOT.
Pathologie médicale	ECALLE.
Obstétrique	FEY.
Urologie	GARNIER.
Pathologie expérimentale	GASTINEL.
Bactériologie	GATELIER.
Pathologie chirurgicale	GIROUD.
Histologie	HARVIER.
Pathologie médicale	HOVELACQUE.
Anatomie	HUTINEL.
Pathologie médicale	JOANNON.
Hygiène	JOYEUX.
Parasitologie	LABBE (Henri).
Chimie biologique	LAROCHE (Guy).
Pathologie médicale	LEMAITRE.
Oto-rhino-laryngologie	LEROUX.
Anatomie pathologique	LEVEUF.
Pathologie chirurgicale	LÉVY-VALENSI.
Neuro-psychiatrie.	LIAN.
Pathologie médicale	MERCIER (Fernand).
Pharmacologie	MILLOT.
Histologie	MONDOR.
Pathologie chirurgicale	MOREAU.
Pathologie médicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Pathologie chirurgicale	MULON.
Histologie	OBERLING.
Anatomie pathologique	OLIVIER.
Anatomie	PIÉDELIEVRE.
Médecine légale	PORTES.
Obstétrique	QUENU.
Pathologie chirurgicale	RICHET.
Physiologie	SEZARY.
Dermatologie et syphiligraphie	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Pathologie médicale	VAUDESCAL.
Obstétrique	VELTER.
Ophtalmologie	VERNE.
Histologie	VIGNES.
Obstétrique	

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

	MM.
Pharmacologie.	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique.	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTNER.
Physique.	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE, A TITRE PERMANENT

	MM.
	ABRAMI.
	CHIRAY.
	DEBRE.
	DUVOIR.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LAIGNEL LAVASTINE.
	LERI.
	AUVRAY.
	BASSET.
	CHEVASSU.
	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale	MATHIEU.
	MOCQUOT.
	PROUST.
	SCHWARTZ.
	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LEVY-SOLAL.
	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, professeur [sans chaire.]
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture.	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mes Parents

A mon Mari

A mon bon ami M. D. TREY

Aux Miens et à mes Amis

A mon Maître et Président de thèse
Monsieur le Professeur BRINDEAU
Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine
Accoucheur de la Clinique Tarnier

*Hommage de gratitude pour les enseignements
qu'ils nous a prodigués dans son service et
pour le grand honneur qu'ils nous a fait
en acceptant la présidence de cette thèse.*

A Monsieur le Professeur agrégé VAUDESCAL

A MM. les docteurs DESOUBRY, de PERETTI, SUZOR
anciens chefs de Clinique à la Faculté

A M. le docteur DETRIEUX
ancien moniteur de la clinique TARNIER

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
de Nancy

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
de Paris

INTRODUCTION

Jadis, le médecin n'avait à sa disposition que des moyens très imparfaits pour le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire, souvent confondue alors avec d'autres infections aiguës ou chroniques du poumon. Bien que nos connaissances se soient depuis considérablement élargies, non seulement dans le domaine du diagnostic mais aussi dans celui de la thérapeutique antituberculeuse, la maladie ne semble pas diminuer, malgré les progrès considérables accomplis au cours du siècle dernier. Cela tient sans doute à ce que les facteurs ou les circonstances qui contribuent à son maintien se sont considérablement aggravés : formation d'agglomérations humaines de plus en plus puissantes, corollaire de la vie moderne, logements insalubres en nombre beaucoup trop considérable, alimentation défectueuse, surtout pendant la grande guerre, accroissement de la misère dans certaines

populations des grandes villes. Tout ceci explique que malgré les puissants moyens d'action de la lutte antituberculeuse il y ait, sinon progression de la maladie, du moins son maintien à l'état stationnaire. Une des tâches, non la moindre, de la lutte antituberculeuse est celle qui incombe à l'accoucheur, le mal acquerrant chez la femme enceinte, comme nous le verrons plus loin, une gravité toute particulière.

La tuberculose pulmonaire peut évidemment frapper l'individu de tout âge, compliquer son état pathologique ou non ; en particulier il est des états de moindre résistance sur lesquels elle paraît avoir une emprise singulièrement aggravée.

Depuis longtemps la remarque était faite que l'état de grossesse présente une de ces moindres résistances, dans lequel s'observe fréquemment la coexistence de la tuberculose pulmonaire qui signifie souvent une lourde complication gravidique.

L'évolution de la maladie semble en effet être particulièrement rapide et grave chez la femme enceinte, ce qui conduit à penser que la puerpéralité a une action néfaste tant sur l'évolution d'une tuberculose préexistante à la conception, que sur l'éclosion ou l'évolution d'une tuberculose restée jusqu'alors ignorée ou peut être latente.

L'action semble d'ailleurs réciproque, la tuberculose pouvant influencer le cours de la grossesse. Nombreux sont les auteurs qui ont insisté sur la gravité de la maladie aussi bien pendant la grossesse que pendant les suites de couches et ceci aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

Aussi a-t-on tenté de mettre en œuvre non seulement les traitements classiques utilisant les thérapeutiques habituelles dans le but de sauvegarder la vie de la mère, ceci aussi bien dans la période qui précède l'accouchement que dans celle des suites de couches, mais encore des traitements plus hardis conduisant à l'interruption de la grossesse, suivie ou non d'hystérectomie, lorsque la rapidité de l'évolution de la tuberculose semble être une menace grave pour la vie de la mère.

Nous nous proposons dans le présent travail de contribuer modestement à l'étude de cette importante et intéressante question par l'examen et la publication d'observations portant sur ces dix dernières années (1920 - 1931), relevées dans le service de notre maître, M. le Professeur Brindeau, à la Clinique d'Accouchement Tarnier ; M. le Docteur Desoubry, ancien chef de Clinique à la Faculté a bien voulu nous aider d'une manière extrêmement efficace dans la direction de ce travail.

HISTORIQUE

Les auteurs anciens considéraient que la tuberculose est heureusement influencée par la grossesse.

Cette idée fut généralement partagée depuis Hippocrate par tous les médecins, jusqu'au milieu du XIX^e siècle.

Sims, d'Avignon dans ses « observations sur les maladies épidémiques » constate qu'aucune de ces malades en état de grossesse n'est décédée.

Certains auteurs même allèrent jusqu'à conseiller aux jeunes phtisiques de se marier, escomptant une grossesse qui améliorerait leur maladie. Tels Vernicke et Cullen.

Lasègue publiait des observations de femmes atteintes de tuberculose et qui étaient améliorées par la grossesse.

Rosières de la Chassagne soutient dans son « Manuel des pulmoniques » (1770) que : « De deux femmes au même degré, on peut être sûr que celle qui deviendra enceinte portera son fruit à terme, tandis que l'autre pourra périr avant ce temps. »

Le premier qui a formulé une opinion moins optimiste est

Mauriceau qui dit dans son « Traité sur la grossesse » paru en 1687 que : « le meilleur conseil à donner aux tuberculeux est de ne pas faire d'enfants à l'avenir, car leur poitrine devient d'autant plus mauvaise qu'elles ont plus d'enfants et elles périssent ordinairement par quelques renouvellements de fluxion qui se fait presque toujours dans le temps de leur grossesse ou peu de temps après leur accouchement ».

Mais c'est seulement au cours du siècle suivant que cette opinion émise avec tant de justesse et de précision par Mauriceau va réussir à se faire admettre peu à peu.

Louis, dans ses « Recherches sur la phtisie » (1873) conclut nettement à l'influence défavorable exercée par la grossesse sur la tuberculose. Puis vient la communication de Grisolle en 1849, à l'Académie de Médecine qui rapporte 27 observations de cas manifestement aggravées par la grossesse.

Dubreuilh en 1852, dans son mémoire à l'Académie de Médecine, soutient la même opinion à l'appui, 13 observations. Mais à cette époque la théorie optimiste trouvait encore d'illustres défenseurs comme Andral (Clinique Médicale) et Gubler (Comptes-rendus de la Société de Biologie 1850). Cependant les idées défendues par Mauriceau, Louis, Grisolle, Dubreuilh trouvent devant le monde médical un crédit de plus en plus grand. Citons plus près de nous entièrement ralliés à l'idée de l'aggravation, les noms de Gueneau de Mussy, Hergott, Grancher, Budin, Tarnier. La question « *Tuberculose et Grossesse* » reste à l'ordre du jour de nom-

breux congrès médicaux. Elle intéresse vivement accoucheurs et phthisiologues bien qu'il n'y ait plus actuellement de divergence de vue, tout au moins en ce qui concerne la question de l'aggravation de la tuberculose sous l'influence de la grossesse.

Voici comment M. Rist réserve l'opinion aujourd'hui généralement admise sur les rapports de la grossesse et de la tuberculose pulmonaire :

1) La grossesse survenant chez une tuberculeuse pulmonaire constitue presque toujours une complication grave souvent mortelle.

2) Il n'est pas rare de voir la gestation à l'état puerpéral déterminer l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire restée latente jusque là.

3) Les tuberculoses déclanchées dans ces conditions ont généralement une allure grave.

Où la discussion reprend ses ardeurs, c'est lorsqu'il faut accompagner l'opinion désormais admise, d'une directive thérapeutique efficace. Ici s'affrontent les tenants des méthodes actuellement proposées, les uns préconisant l'interruption de la grossesse, les autres les soins médicaux permettant à la grossesse de suivre son cours.

La majeure partie, il faut bien le dire, des auteurs, tant français qu'étrangers, est d'avis qu'à la femme enceinte tuberculeuse doit être appliquée la méthode habituelle de traitement de la tuberculose. En particulier, les moyens de

la thérapeutique mécanique que constituent le pneumothorax ou oléo-pneumothorax, qui viennent renforcer la cure sanatoriale ou chimiothérapique.

Rist, adversaire de l'intervention écrit :

« Jamais la preuve n'a été apportée que l'interruption de la grossesse ait augmenté les chances de survie des tuberculeuses gravides. Il faut laisser la grossesse suivre son cours et soigner la tuberculose ».

Tout en reconnaissant que ces moyens puissants dans la tuberculose pulmonaire de la femme non gravide traitée dès le début, échouent souvent chez la femme enceinte, de nombreux auteurs restent opposés au traitement actif que constitue l'interruption de la grossesse, quelquefois par conviction scientifique, souvent aussi, il faut bien le dire, pour des raisons tirées de considérations morales ou religieuses.

Les auteurs étrangers adoptent sur ces points beaucoup plus facilement qu'en France l'idée de l'interruption de la grossesse chez la femme enceinte tuberculeuse. Certains même vont plus loin et préconisent la stérilisation de cette dernière.

Cet avortement thérapeutique était proposé pour la première fois par Pascali et Bonpiani au Congrès de Rome, en 1886.

Accepté assez rapidement surtout en Allemagne (Brunnen, Hermann, Krauss) et en Italie (Bozzi, Rugi, Marigliani) il fut pratiqué sur grande échelle. Bientôt étaient publiées

les statistiques les plus contradictoires sur l'utilité de l'intervention.

Un point cependant était bientôt acquis :

Alors que l'avortement précoce a presque toujours un effet bienfaisant sur l'évolution ultérieure de la tuberculose, les interventions pratiquées après le 6^e mois n'ont aucune chance de succès. Ainsi la statistique de Bozzi au Congrès de Rome, en 1912, donnait les résultats suivants :

Sur 23 interruptions après le 6^e mois, 4 empiraient rapidement, les 19 autres continuaient à s'aggraver, mais plus lentement. Avec 40 interruptions plus précoces, résultat satisfaisant : « les patientes avec l'aide de cures reconstituantes purent retourner chez elles presque toutes en bonne santé » (Bozzi).

En France, c'est le Professeur Bar qui préconise cette méthode et à ce même Congrès de Rome en 1912, il précise ainsi les indications de l'avortement thérapeutique : Interventions dans la tuberculose certaine, aggravée par la grossesse ; dans la tuberculose curable dont on ne peut arrêter la poussée et si la grossesse n'a pas dépassé 4 mois.

Il déconseille l'intervention en présence de lésions trop étendues, en particulier s'il y a lésions pharyngées.

Il confirme ces mêmes indications en 1921, dans une conférence à Madrid et un peu plus tard, en 1922 (Séance du 11 juillet) à l'Académie de Médecine où la question a été portée.

Il insiste sur la valeur de l'intra-dermo réaction. « Quand la femme est épuisée, dit Bar, arrivée au terme ultime de la maladie, la réaction est quel que soit l'âge de la gestation, insignifiante ou nulle. Mais à côté de ces cas dans lesquels la réaction se montre telle qu'on la pouvait prévoir, il en est d'autres singulièrement suggestifs qui se peuvent observer aussi bien chez les femmes enceintes de peu, que chez celles arrivées à la fin de leur grossesse : ce sont ceux où la lésion est relativement peu étendue, où l'état général ne semble pas très profondément touché et où cependant la réaction est faible ou nulle. J'ai le plus souvent vu quand l'épreuve de la tuberculine aboutissait à ce résultat paradoxal, la maladie évoluer avec rapidité pendant la grossesse, s'aggraver encore après l'accouchement. Les faits publiés par Nobécourt et Paraf confirment les nôtres, et mon collègue Brindeau est arrivé aux mêmes conclusions que nous ». (Discours de Madrid 1921).

Les phthisiologues comme Sergent et Léon Bernard ne donnent pas à la cuti ou intra-dermo réaction une importance de pronostic aussi grande que Bar.

Cependant la thèse soutenue par Bar devant l'Académie de Médecine est âprement combattue par d'autres accoucheurs et leur porte-parole, le Professeur Pinard s'exprime ainsi : « Entre l'avortement thérapeutique, moyen héroïque qui n'est et ne doit être mis en œuvre que dans les cas où des accidents graves déterminés par le fait de la gestation elle-même,

menacent prochainement la vie de la femme et devant disparaître par son intervention, et l'avortement chez la femme tuberculeuse il y a un abîme que je ne franchirai pas. » (Académie de Médecine, 1922).

Tel n'est pourtant pas l'avis du Professeur Sergent qui croit à l'utilité de l'intervention dans certains cas et exprime ainsi son opinion : « Si le médecin croit en conscience que l'interruption de la grossesse peut avoir pour effet d'éteindre l'incendie qui s'allume, il doit avoir la conscience assez haut placée pour ne pas hésiter ».

Pour pouvoir juger en toute impartialité de la question, il faudra voir les observations des femmes enceintes tuberculeuses chez lesquelles on a pratiqué l'interruption de la grossesse et qui auront été suivies ensuite pendant assez longtemps. Malheureusement ces sortes d'observations sont assez rares, en sorte qu'elles n'ont pas la force démonstrative voulue. Dans le service de la Clinique Tarnier où l'on a interrompu la grossesse des tuberculeuses nettement évolutives, ceci depuis un certain nombre d'années, il semble que les résultats obtenus soient satisfaisants.

Dans certains cas MM. Bar et Brindeau proposent l'hystérectomie. Elle aurait l'avantage d'enlever l'aire placentaire, foyer de toxines et d'infection ; de plus, elle supprimerait le retour de couches et la réapparition des règles qui sont l'occasion des poussées évolutives graves, d'après l'opinion du Professeur Bezançon et d'autres phtisiologues.

Enfin, en raison de la ménopause précoce, la femme engraisse rapidement et d'autre part ne risque plus de redevenir enceinte. Chez les femmes tuberculeuses à lésions cavitaires stabilisées ou ankystées, on a proposé le traitement logique de compléter l'interruption de la grossesse par la stérilisation (section des trompes), pour empêcher toute grossesse nouvelle et éviter ainsi une poussée ultérieure qui pourrait être fatale.

TUBERCULOSE ET GROSSESSE

(10 années d'observations à la Clinique Tarnier)

Dans les pages qui vont suivre, nous allons essayer d'établir une statistique portant sur les femmes enceintes, tuberculeuses, suivies pendant des années s'étendant de 1920 à 1929 inclus, dans le service d'accouchement de M. le Professeur Brindeau, d'abord à l'Hôpital de la Pitié (1920 - 1922) ensuite à la Clinique Tarnier (1923 - 1929).

Nous voudrions essayer d'extraire de ces observations les faits susceptibles de contribuer à l'étude et à l'examen des rapports liant les questions de tuberculose et grossesse. Nous avons dépouillé toutes les observations recueillies au cours de cette période de 10 années, concernant les femmes atteintes de tuberculose et qui ont été vues au cours de leur grossesse, de leur accouchement et des suites de couches. Quelques-unes ont subi des interventions : avortement thérapeutique, hystérectomie, stérilisation. Nous nous sommes heurtés d'ailleurs à des difficultés d'ordre administratif qui ne nous ont point permis de pousser notre travail aussi loin que nous

l'aurions voulu. Nous n'avons pu, en particulier, obtenir communication d'adresses qui nous eussent permis sans doute de retrouver quelques-unes des femmes traitées, et de poursuivre, auprès d'elles, l'enquête commencée ; nous nous en excusons.

**Fréquence de la tuberculose
chez les femmes enceintes
examinées à la Clinique Tarnier**

Nous nous sommes proposés en premier lieu d'établir le nombre global de femmes venues à la clinique pour leur accouchement, les suites de couches ou des interventions obstétricales diverses ; ensuite de comparer ce chiffre à celui de ces femmes soignées pour tuberculose pulmonaire.

Nous croyons pouvoir ainsi obtenir une statistique permettant de calculer la fréquence de la tuberculose chez les femmes enceintes.

Pendant cette période de 10 années, le nombre total de femmes soignées à la Clinique a été de 32.667 femmes
le nombre total de femmes tuberculeuses de 254 femmes
soit 0,79 o/o.

Examinant et comparant les observations année par année, nous voyons :

An	Nombre de femmes admises à la Clinique Tarnier	Nombre de femmes atteintes de tuberculose pulmonaire
1920	3339	14
1921	3332	34
1922	2820	22
1923	3185	28
1924	3435	21
1925	2969	18
1926	3497	13
1927	3479	26
1928	3407	39
1929	3144	39

L'examen du tableau ci-dessus montre immédiatement que le nombre de femmes tuberculeuses traitées à la Clinique Tarnier décroît d'abord de 1920 à 1926, pour croître ensuite depuis cette époque. L'explication la plus plausible tient sans doute au fait que, depuis ces dernières années, les femmes sont plus exactement suivies et que le dépistage de la tuberculose se fait d'une façon plus rationnelle et plus efficace.

Différentes formes de la tuberculose chez la femme enceinte

On conçoit que la gravité de la tuberculose dépend beaucoup chez la femme enceinte de la forme clinique qu'elle revêt, et il suffit de lire les différents travaux publiés à ce sujet pour voir combien les auteurs sont sur ce point embarrassés ; une tuberculose à lésions ouvertes comportant un pronostic évidemment beaucoup plus grave qu'une tuberculose à son début, avec simples lésions parenchymateuses discrètes.

Une classification basée sur des caractères anatomo-pathologiques paraissant bien difficile à établir, nous avons essayé d'en présenter une, s'appuyant simplement sur les symptômes cliniques ou des examens de laboratoire : nous avons été ainsi conduit à répartir les femmes enceintes tuberculeuses examinées en trois catégories ; comme le fait M. le Docteur Desoubry dans ses statistiques de la Clinique Tarnier.

Catégorie A : présentant une tuberculose à forme ouverte avec B. K. dans les crachats.

Catégorie B : Femmes présentant une tuberculose à forme avérée, sans B. K. dans les crachats, au moment de leur rentrée à la clinique, mais ayant été traitées antérieurement dans des services d'hospitalisation ou dispensaires où elles ont été cataloguées comme tuberculeuses.

Catégorie C : Femmes considérées comme suspectes de tuberculose et présentant des symptômes pulmonaires plus ou moins nets.

La répartition de 254 cas de femmes tuberculeuses dont nous avons dépouillé le dossier donne pour ces catégories les chiffres suivants :

Catégorie A	68 femmes
B	111 femmes
C	75 femmes.

Si nous établissons la statistique année par année, nous trouvons :

Année	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C
1920	0	6	8
1921	3	19	12
1922	7	7	8
1923	8	13	7
1924	4	11	6
1925	3	10	5
1926	3	6	4
1927	10	12	4
1928	8	17	14
1929	22	10	7
Total	68	111	75

Ce tableau fait apparaître un nombre de tuberculoses graves ouvertes d'environ 35 %. Plusieurs mêmes femmes figurent d'ailleurs dans différentes années. Il n'est pas besoin de dire que le plus grand nombre d'entre elles présentent des tuberculoses évolutives ouvertes, fébriles et qu'il n'en est qu'un nombre infime qui ont paru, tout en crachant, des bacilles de Koch, ne pas faire de poussées évolutives au moment de leur examen.

Mortalité puerpérale des femmes tuberculeuses

La mortalité puerpérale de femmes tuberculeuses va montrer combien la grossesse constitue un facteur de gravité. Sur les 254 cas de tuberculoses examinées ci-dessus, nous trouvons 20 décès survenus pendant la période de grossesse ou des suites de couches.

Sur ces 20 décès :

12	se sont produits chez des femmes appartenant à la Catégorie A.
6	» » » B.
2	» » » C.

Tous portent sur des femmes décédées à la Clinique Tarnier. Nous montrerons plus loin au moyen d'éléments tirés d'une statistique communiquée par M. le Docteur Desboursy, pour l'année 1929, à quelle proportion considérable s'élève les décès pour tuberculose.

Les chiffres ci-dessus montrent avec évidence que la mortalité est particulièrement élevée chez les femmes apparte-

nant à la catégorie A. (Lésions ouvertes avec expectoration de bacilles), encore très importante chez celles appartenant à la catégorie B, relativement faible chez celle de la catégorie C. ; ces dernières ne donnent pas lieu à conclusion ferme.

Si nous cherchons maintenant à établir une statistique de décès par année, nous trouvons :

En 1920	14 femmes tuberculeuses	0 décès
1921	34 »	3 »
1922	22 »	2 »
1923	28 »	3 »
1924	21 »	2 »
1925	18 »	2 »
1926	13 »	1 »
1927	26 »	1 »
1928	39 »	2 »
1929	39 »	4 »

En résumé, les femmes atteintes ou suspectes de tuberculose et suivies à la Clinique Tarnier pendant la période de la grossesse, de l'accouchement ou des suites de couches ont donné 20 décès sur 254 cas, soit une proportion de 8 %.

La mortalité dans ses rapports avec l'âge de la grossesse

Il est généralement admis par tous les auteurs tant phthisiologues qu'accoucheurs, que la période la plus habituelle

de l'aggravation se trouve dans les derniers mois de la grossesse et surtout lors du post-partum immédiat.

Si nous examinons notre statistique sous cet angle, nous trouvons pour les 20 décès :

1 chez une femme à terme (césarienne post-mortem) ;

4 chez les femmes accouchées à terme (quelques jours après l'accouchement) ;

2 chez les femmes à terme (césarienne suivie d'hystérectomie) ;

7 chez les femmes accouchées prématurément (décès quelques jours après l'accouchement) ;

3 chez les femmes ayant fait un avortement spontané (2 de 4 mois et 1 de 5 mois 1/2) ;

1 chez une femme enceinte de 3 mois atteinte de tuberculose pulm. et de pyélonéphrite ;

1 chez une femme suspecte de tuberculose (laparotomie pour grossesse ectopique) ;

1 chez une femme tuberculeuse, grossesse au début ;

Comme nous le voyons, il ressort de ce tableau que 14 femmes sur 20 sont mortes dans le dernier mois de la grossesse ou quelques jours après l'accouchement.

Sur ces 14, sept d'entre elles ont mené leur grossesse à terme, mais 4 seulement ont accouché spontanément et sont mortes quelques jours après.

Sur une, a été pratiquée une césarienne post-mortem (femme à terme), deux autres qui ont subi l'opération césarienne suivie d'hystérectomie sont mortes après l'opération.

Sept accouchées prématurément présentaient des grossesses : deux de 8 mois, une de 7 mois et demi, une de 7 mois, trois de 6 mois et demi.

Elles mouraient toutes quelques jours après l'accouchement.

Il ressort de cette énumération que pour la femme enceinte tuberculeuse, les trois derniers mois et le post-partum constituent les périodes les plus dangereuses.

La mortalité dans ses rapports avec l'âge et la parité

Si nous prenons en considération l'âge des femmes décédées, nous trouvons des chiffres aussi différents qu'ils ne permettent aucune conclusion.

Par contre, si nous examinons la mortalité au point de vue parité, nous trouvons sur les 20 cas examinés : 13 primipares et 7 multipares.

Bien que ces chiffres soient trop faibles pour nous permettre d'en tirer une conclusion ferme, il semble néanmoins qu'ils laissent apparaître une mortalité sensiblement plus élevée chez les primipares que chez les multipares.

Accouchement prématuré chez les femmes tuberculeuses

Les femmes tuberculeuses accouchent-elles prématurément ou à terme ?

Landouzy et Loederich qui ont fait des expériences sur

l'animal, arrivent à la conclusion que les femelles tuberculisées mettent bas à terme.

Telle est aussi pour la femme l'opinion du Professeur Pinard. Mais les faits cliniques donnent pourtant tort à cette affirmation, et les cas sont fréquents, surtout dans la tuberculose grave, où la femme accouche prématurément. Nous pouvons citer l'opinion de Sergent (Presse Médicale Juillet 1913) qui dit : « Lorsque la tuberculose est arrivée déjà à une période avancée, il n'est pas rare de voir la grossesse interrompue par l'accouchement prématuré ».

Nous avons recherché dans nos observations la fréquence de l'accouchement prématuré. Sur le chiffre de 254 femmes tuberculeuses, nous avons trouvé 43 accouchements avant terme.

C'est là un chiffre certainement beaucoup plus élevé que celui des accouchements prématurés chez la femme non tuberculeuse. Sur ces 43 accouchements nous avons trouvé que 33 portent sur des femmes appartenant aux catégories A et B, et 10 sont des femmes appartenant au groupe C. Nous voyons par là que si la proportion des accouchements avant terme est de 43 sur 254, soit 17 % pour l'ensemble des femmes tuberculeuses envisagées, elle est par contre incomparablement plus élevée chez les femmes appartenant aux catégories A et B que chez les femmes appartenant à la catégorie C.

Pour les femmes des catégories A et B elle est en effet de 33 sur 43, soit 76 %.

Pour les femmes de la catégorie C, de 10 sur 43 soit seulement 24 %.

De la fréquence de l'avortement spontané chez les femmes tuberculeuses

La femme tuberculeuse, non seulement accouche souvent prématurément, mais fait encore des avortements spontanés.

La cause en est certainement dans l'infection tuberculeuse et la fréquence est probablement proportionnée à la gravité de la maladie. Nous avons trouvé pour 254 femmes tuberculeuses, 11 avortements spontanés ; ils ont comme caractéristique de se produire à une période généralement avancée de la grossesse.

C'est ainsi que nous trouvons sur les 11 avortements cités :

1 avortement spontané à 6 mois

3 » » à 5 mois 1/2

2 » » à 5 mois

2 » » à 4 mois

1 » » à 3 mois

1 » » à 2 mois 1/2

1 » » à 6 semaines

L'avortement spontané peut d'ailleurs être regardé comme un signe de la gravité de l'infection, puisque sur les 11 cas relatés on trouve 3 décès quelques jours après l'avortement.

Suites de couches des femmes tuberculeuses

On sait depuis longtemps que les suites de couches présentent une période difficile pour les femmes tuberculeuses.

Tous les auteurs sont d'accord pour signaler, que la période de l'accouchement et des jours qui suivent sont souvent le point de départ d'une poussée aiguë, parfois fatale. Nous avons vu précédemment, en étudiant la mortalité de la femme tuberculeuse enceinte que les trois derniers mois de la grossesse étaient particulièrement dangereux au point de vue de l'évolution de la maladie.

L'effort physiologique nécessité par l'accouchement lui-même laisse la femme généralement épuisée et ainsi très peu résistante.

Chez les femmes particulièrement atteintes, cet épuisement souvent entraîne la mort, chez d'autres, moins atteintes, il provoque une recrudescence, une poussée aiguë de la maladie. Heureusement, parfois aussi, les suites de couches sont moins graves et se passent en somme sans crochet excessif de la température.

Nous avons relevé dans les 254 femmes observées, 95 cas de suites de couches fébriles qui se répartissent ainsi :

En 1920. — 4 suites de couches fébriles sur 14 femmes

3 de catégorie B et 1 de catégorie C.

En 1921. — 9 suites de couches fébriles sur 34 femmes

2 de catégorie A, 6 de catégorie B, 1 de catégorie C.

En 1922. — 15 suites de couches fébriles sur 22 femmes

5 de la cat. A, 6 de la cat. B, 4 de la cat. C.

En 1923. — 8 suites de couches sur 28 femmes

3 de catégorie A, 4 de catégorie B, 1 de cat. C.

En 1924. — 9 suites de couches fébriles sur 28 femmes

1 de catégorie A, 4 de catégorie B, et 4 cat. C.

En 1925. — 7 suites de couches fébriles sur 18 femmes

1 de catégorie A, 4 de catégorie B, 2 de cat. C.

En 1926. — 2 suites de couches fébriles sur 13 femmes

1 de catégorie A, 1 de catégorie B.

En 1927. — 10 suites de couches fébriles sur 26 femmes

4 de catégorie A, 5 de catégorie B, 1 de cat. C.

En 1928. — 19 suites de couches fébriles sur 39 femmes

8 de catégorie A, 7 de catégorie B, 4 de cat. C.

En 1929. — 12 suites de couches fébriles sur 39 femmes

6 de catégorie A, 5 de catégorie B, 1 de cat. C.

En résumé, sur 95 suites de couches fébriles, on relève :

31 cas appartenant à la catégorie A sur 68 femmes de cette catégorie

45 » » B sur 111 femmes » »

19 » » C sur 75 femmes » »

Comme nous le voyons d'après les chiffres ci-dessus, les femmes présentant des suites de couches fébriles sont fournies surtout par les catégories A et B. C'est-à-dire qu'elles appartiennent aux catégories des tuberculeuses gravement atteintes. Quelquefois la poussée fébrile, après 15 ou 20 jours de lit s'amende et nombreuses sont les femmes qui quittent

l'hôpital dans un état relativement bon. Si leur état ne paraît pas suffisamment satisfaisant, la Clinique Tarnier a l'habitude de les diriger sur un service spécialisé de tuberculose.

Il serait naturellement intéressant de les y suivre pour savoir ce qu'elles deviennent, malheureusement presque toujours l'accoucheur les perd de vue.

Ce que deviennent les femmes enceintes tuberculeuses dans l'année qui suit l'accouchement

Nous avons essayé de suivre des femmes enceintes tuberculeuses pour rechercher ce qu'elles deviennent après avoir quitté la clinique.

Comment va évoluer leur état ? Reste-t-il stationnaire, marche-t-il vers la guérison, ou au contraire vers une aggravation rapide ?

Nous aurions eu besoin pour le savoir de retrouver comme nous l'avons dit, les adresses des femmes ayant quitté la clinique, ce qui a été administrativement impossible. Ce n'est que depuis une année que sur l'instance de M. le Professeur Brindeau, des enquêtes sont entreprises par le service social pour suivre les malades après la sortie de la clinique.

Aussi nous avons dû nous adresser à la statistique de M. le Docteur Desoubry, qui a bien voulu aimablement nous

communiquer ce qui concerne l'année 1929. Voici ce qu'elles nous a appris : de 39 femmes observées :

22 appartiennent à la catégorie A			
10	»	»	B
7	»	»	C

Des 22 de la catégorie A :

- 4 sont mortes pendant la grossesse ou quelques jours après l'accouchement.
- 3 dans l'année qui suivit l'accouchement.
- 9 vont bien.
- 6 n'ont plus donné de leurs nouvelles.

Des 10 de la catégorie B :

- 1 est morte dans l'année qui suivit l'accouchement.
- 1 autre a vu se produire une bilatéralisation de ses lésions.
- 6 vont bien.
- 2 n'ont pas donné de nouvelles.

Des 7 de la catégorie C :

- 2 ont eu une aggravation de leur état dans l'année qui suivit l'accouchement.
- 2 vont bien.
- 3 n'ont plus donné de nouvelles.

Année 1929

Catégorie	Nombre de femmes suivies	Mortes pendant la puerpéralité	Mortes dans l'an. qui a suivi l'ac.	Mortalité globale	Aggravation	Etat satisfaisant dans l'an qui a suivi l'ac.	Sans nouvelles
A	22	4	3	7	0	9	6
B	10	0	1	1	1	6	2
C	7	0	0	0	2	2	3
Totaux	39	4	4	8	3	17	11

En somme, sur les 39 malades observées :

17 vont bien dans l'année qui suit l'accouchement, c'est un pourcentage de près de 50 0/0, peut-être plus élevé si l'on remarque que

11 femmes (c'est-à-dire 28 0/0) n'ont plus donné de nouvelles.

8 sont mortes, c'est-à-dire près de 20 0/0.

3 ont vu leur état s'aggraver, soit 8 0/0.

Fréquence des enfants morts-nés issus de Mères tuberculeuses

Jusqu'à la découverte de la forme filtrante du Bacille de Koch le dogme de la non-hérédité de la tuberculose régnait en maître.

Il était universellement admis que ce bacille ne traversait pas le placenta et que l'enfant ne reçoit en somme de l'hérédité tuberculeuse qu'un terrain préparé. En venant à admettre que le bacille de Koch peut revêtir une forme filtrante, on était logiquement conduit à penser qu'il pouvait sous cette forme traverser le placenta. A notre maître M. le professeur

Brindeau revient le mérite d'avoir apporté la confirmation expérimentale de ce fait.

Essayant de tuberculiser le cobaye par l'injection de sang du cordon ou du liquide amniotique d'une femme tuberculeuse, il obtenait des résultats positifs (Compte-rendu de l'Académie de Médecine 1929).

Si nous nous reportons maintenant aux observations de nos 254 femmes, nous trouvons : 7 cas où l'enfant est mort-né (sur ces 7 il y en avait 4 macérés).

En ajoutant encore à ce chiffre le nombre de 11 enfants décédés dans les quelques jours qui ont suivi l'accouchement, nous arrivons à un total de 18 décès sur 254 accouchements.

Tenant compte encore des 38 avortements spontanés ou provoqués, on arrive au chiffre de 18 décès sur 216 accouchements, soit une proportion de 8,3 %.

**Tuberculose de femmes enceintes considérée
dans ses rapports avec la date d'apparition
de ses premières manifestations cliniques**

*(Tuberculose contractée avant la conception ou pendant
la période de gravidité)*

Le but de notre travail étant d'examiner les rapports qui existent entre tuberculose et grossesse en nous appuyant sur les preuves cliniques tirées de nos observations, nous avons été extrêmement embarrassés lorsque nous nous sommes proposés de rechercher les rapports qui pouvaient exister entre l'ancienneté de la tuberculose et l'âge de la grossesse. Il est bien difficile en effet de retrouver dans les

dières peu précis des malades la date d'apparition des premiers symptômes notés, de leur maladie. Il faudrait posséder des observations établies spécialement dans ce but pour pouvoir établir une statistique aussi exacte que possible.

L'examen de nos renseignements ne nous permettait malheureusement pas d'avoir des renseignements assez exacts et suffisants pour le faire.

La question nous semble cependant extrêmement importante.

Pour expliquer la gravité toute particulière de la tuberculose lorsque se manifestent les premiers symptômes du début de la grossesse et en tirer éventuellement des indications un peu précises, sur l'opportunité d'une intervention thérapeutique, nous avons essayé d'éclairer la question à l'aide de quelques statistiques publiées par MM. Léon Bernard et Rist.

Est-il possible d'établir avec exactitude que c'est à la grossesse que l'on peut rapporter l'apparition d'une tuberculose chez une femme ayant paru jusqu'alors indemne ?

Il faudrait évidemment pour répondre à la question des preuves cliniques convaincantes.

De telles preuves seraient fournies par l'apparition d'une tuberculose chez une femme jusqu'alors tout à fait bien portante, apparition se produisant au cours même de la gestation ou à très bref délai après l'accouchement (pour le Professeur Sergent ce délai ne doit pas dépasser 10 mois).

Nous pouvons admettre alors que la tuberculeuse est apparue à la faveur de cet état de moindre résistance dans laquelle se trouvait la femme du fait de la grossesse.

La grossesse, d'après Léon Bernard se retrouverait comme antécédent de la tuberculose dans 18 à 20 0/0 des cas.

Dans sa statistique présentée à la Société d'Obstétrique (1921) il indique le résultat suivant : sur 164 femmes tuberculeuses, 31 pourraient rapporter à l'état puerpéral leurs antécédents récents.

Chez 19 d'entre elles, l'éclosion de la tuberculose correspondrait nettement à l'état puerpéral.

Chez 12 autres, la gestation aurait agi en réveillant ou aggravant une infection latente ou préexistante.

Nous voyons donc que dans la proportion de 19 sur 31, ces femmes seraient devenues tuberculeuses du fait de leur grossesse.

La statistique du Dr Rist (Congrès de Lausanne 1924) indique une proportion encore plus grande.

Ces 138 cas répartis en trois groupes donnent les proportions suivantes :

- a) *grossesses survenues au cours de la tuberculose - 38 cas,*
- b) *tuberculose survenant au cours de la grossesse du puerperium ou de l'allaitement - 90 cas,*
- c) *avortements de femmes tuberculeuses - 10 cas.*

Sakka Ali dans sa thèse (Paris 1918, Hôpital Boucicaut) relate 37 observations de tuberculose coexistante avec la grossesse.

Chez 21 femmes le début de la tuberculose a correspondu à la période de gravidité.

Bar, sur 124 observations de tuberculose et grossesse trouve 38 cas où la tuberculose avait débuté en cours de grossesse.

De ces constatations nous pouvons conclure que dans un grand nombre de cas de tuberculose et grossesse, la tuberculose est apparue au cours de la grossesse ou plus généralement pendant la période puerpérale.

D'ailleurs, l'explication du fait que le nombre de femmes tuberculeuses avant de devenir enceintes est relativement moins élevé que celui des femmes qui étant enceintes sont devenues tuberculeuses, résulte peut-être de ce que ces dernières soignées pour tuberculose sont prévenues par leur médecin de la forme grave que la grossesse pourrait apporter à leur mal, et s'efforcent par suite de ne pas devenir enceinte.

Reprenons un instant la statistique plus haut citée de Rist : nous pouvons y relever : 38 cas de grossesse survenues au cours de la tuberculose ; ils donnent 12 décès, soit 31,5 %. 90 cas de tuberculose survenant au cours de la grossesse, de la puerpéralité ou de l'allaitement, donnent 38 décès soit 42,2 %, mais à ce chiffre il faut ajouter — dit Rist — le total de 24 malades, très gravement atteintes et perdues de vue qui sont certainement décédées : nous arrivons ainsi à un total de 62 décès sur 90 cas : soit 58,8 %. La gravité de la tuberculose dans les formes gravidiques semble en rapport

étroit avec l'instant de son apparition au cours de la période puerpérale.

Elle semble être d'autant plus grave que son apparition se rapproche davantage du début de l'état puerpéral.

Ainsi la tuberculose apparue dans les trois premiers mois de la grossesse semble être de beaucoup la plus grave. A ce point de vue il est tout à fait instructif d'approfondir cette statistique de Rist.

Sur 90 cas de tuberculose, survenant au cours de la grossesse, de la période puerpérale ou de l'allaitement, nous voyons :

1) tuberculosés ayant débuté dans les trois premiers de la gestation :

17 cas.

a) malades décédées - 11 soit 64,7 %	} soit vraisemblable-
b) malades très atteintes, perdues de vue	
- 6, soit 35,2 %	
	ment 100 pour 100 de décès

2) tuberculosés ayant débuté dans les 6 derniers mois de la gestation :

15 cas.

a) malades décédées - 8 soit 53,3 %	} soit vraisemblable-
b) malades très atteintes, perdues de vue	
- 4 soit 26,6 %	
	ment 80 % de décès

c) incurables, stabilisés - 2

d) bénignes, discrètes - 1

3) tuberculosés ayant débuté aussitôt après l'accouchement : 40 cas.

a) décédées - 14 soit 35 %	} soit vraisemblable-
b) malades très atteintes, perdues de vue	
- 6 soit 15 %	
	ment 50 % de décès

c) incurables, stabilisées - 16

d) bénignes, discrètes - 4

4) tuberculoses ayant débuté au cours de l'allaitement : 18 cas.

a) décédées - 5 soit 27,7 %

b) malades très atteintes, perdues de vue

- 8 soit 44,4 %

} soit vraisemblable-
ment 72,2 % de
décès

c) incurables, stabilisées - 3

d) bénignes, discrètes - 2

Le chiffre global des décès sur nos 90 cas - dit Rist - est de 38 soit 42,2 %.

Si l'on y ajoute le total de 24 malades très graves, perdues de vue et dont la plupart sinon toutes sont certainement décédées, nous avons 62 cas, soit 68,8 %.

Peut-on inférer que le pronostic est d'autant plus sévère que le début de la tuberculose est lui-même plus proche du début de la gestation.

100 % des femmes, chez lesquelles le début de la tuberculose a coïncidé avec le début de la grossesse, ont fait des tuberculoses graves pour ne pas dire mortelles.

La mortalité, bien que diminuée chez les femmes qui ont vu leur maladie débiter pendant les 6 derniers mois de la grossesse atteint encore le pourcentage très considérable de 80 %.

Ces chiffres soulignent d'une façon impressionnante la gravité qui s'attache à la tuberculose se développant au cours de la puerpéralité.

ESSAIS THÉRAPEUTIQUES

A la lumière de cette statistique de Rist (100 0/0 de mortalité pour les tuberculeuses coïncidant avec les trois premiers mois de la grossesse, 80 0/0 pour celles débutant dans les 6 derniers mois) il semble qu'il y ait lieu de ne plus accepter que sous les plus expresses réserves les conclusions que présentait Pinard lors du Congrès de Rome de 1902.

« Pour moi, disait-il, à cette époque, l'indication de l'accouchement ou de l'avortement provoqués n'existe jamais chez une femme tuberculeuse. En face d'une femme enceinte tuberculeuse le médecin n'a qu'une chose à faire : soigner la tuberculose et surveiller simplement la grossesse. »

Il semble que l'interruption de la grossesse doive être résolument envisagée et que pratiquée suivant les indications déjà données par Bar, elle soit susceptible d'avoir un résultat heureux.

A Tarnier, depuis quelques années, MM. Brindeau et Desoubry ont pratiqué un certain nombre d'avortements

thérapeutiques ceci souvent sur la demande de phtisiologues, et dans tous les cas chez des femmes présentant des accidents évolutifs ou des formes graves de tuberculose.

Les opérations pratiquées ont été les suivantes :

Avortement thérapeutique dans des cas de grossesses au début.

a) chez des femmes dont la grossesse a provoqué une aggravation manifeste d'une tuberculose antérieure.

b) chez des femmes qui voyaient, à l'occasion d'une grossesse l'éclosion d'une tuberculose à marche rapide.

Hystérectomie dans des cas de grossesse plus avancée.

Interruption de la grossesse pour tuberculose pulmonaire

Nous avons établi un tableau comparatif pour les années 1927, 1928, 1929 des interruptions de la grossesse pratiquées à la Clinique Tarnier.

Année	N° de l'observation	Mode de l'int. de la gros.	Age de la grossesse	Etat de la femme à la sortie de l'hôpital
1927	2427	avortement	6 semaines	bon
1927	692	avortement	3 mois	bon
1927	1380	avortement	2 mois 1\2	bon
1927	2277	avortement	4 mois	bon
1927	2280	avortement	5 mois	bon

(incision comme pour une césarienne)

1927	1525	césarienne vaginale	7 mois 1/2	bon
1927	2418	hystérectomie	4 mois 1/2	bon
1928	1369 bis	avortement	4 mois 1/2	bon
1928	2045	avortement	6 semaines	bon
1929	1988	césarienne vag.	7 mois 1/2	bon
1929	299	avortement	3 mois	bon
1929	518	avortement	2 mois	bon
1929	1142	avortement	3 mois	bon
1929	124	césar. + hystér., à terme		assez bon
1929	1570	hystérectomie S. T.	4 mois	décédée
1929	1575	hystérectomie	2 mois 1/2	bon
1929	2164	cés. vag.	2 mois 1/2	bon
1929	2892 bis	cés. vag.	3 mois	bon
1929	1936	avortement	3 mois	bon
1929	2030	avortement	?	bon

Comme nous voyons sur le tableau ci-dessus le nombre des interruptions de la grossesse pour la tuberculose pulmonaire est de 20 dans les trois dernières années.

Les interruptions pratiquées sont différentes.

Il y a 12 avortements thérapeutiques.

4 interruptions de la grossesse par césarienne vaginale

4 hystérectomies.

Du point de vue de durée de la grossesse les interruptions se divisent ainsi :

CONCLUSION

La grossesse doit être considérée comme un facteur d'aggravation dans la tuberculose pulmonaire.

La fréquence de coexistence de la tuberculose et de la grossesse paraît beaucoup plus grande dans les milieux hospitaliers que dans les autres.

A Tarnier, sur 32.667 femmes observées en 10 ans (1920-1929), 254 femmes tuberculeuses, 20 décès.

En réalité, la mortalité est beaucoup plus élevée que ne le laisseraient croire les statistiques, beaucoup de femmes succombant après leur sortie de l'hôpital.

Exemple :

Statistiques Clinique Tarnier 1929 :

Pourcentage des décès des femmes observées (y compris les suspectes).

Au cours de l'hospitalisation	11, 4 0/0
Dans l'année qui suit	11, 4 0/0

Pourcentage total des décès des tuberculeuses ayant eu antérieurement des B. K. dans leurs crachats ou en ayant au cours de leur hospitalisation : 33 0/0.

Le gros pourcentage des décès dans les formes évolutives par rapport aux autres formes, nous porte à penser que chez la tuberculeuse positive fébrile, vue au début de la grossesse, l'interruption de celle-ci doit être favorable.

Statistiques Clinique Tarnier : 1927, 28, 29 :

20 interruptions de grossesses au début, pour tuberculose évolutive, un seul décès au cours de l'hospitalisation.

L'importance des examens radiographiques et de laboratoire faits en série, est capitale chez la tuberculeuse pulmonaire commençant une grossesse. La conduite à tenir en pareil cas doit être discutée conjointement par le médecin et l'accoucheur.

Vu : Le Président,
BRINDEAU.

Vu : Le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

- Anderodias et Lescorret.** — Avortement thérapeutique chez une tuberculeuse (B. de la S. d'O. 1926, p. 479).
- Anderodias et Monod.** — Laryngite tuberculeuse chez la femme enceinte (Bull. de la S. d'O. 1927).
- Andral.** — Cours de pathologie interne (1836).
- Aviragnet.** — Thèse de Paris (1892).
- Andebert et Tapie.** — Tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax pendant la grossesse (Bull. de la S. de Méd. 1927, p. 607).
- Aubert.** — Tuberculose et mariage (Thèse de Bordeaux, 1908).
- Bar.** — Réunion de la Soc. Obst. de France : Discussion sur l'avortement thérapeutique et la morale (Avril 1902).
- Bar.** — De la tuberculose compliquée de grossesse. (Conférence faite à la Faculté de Méd. de Madrid, 14 avril 1921).
- Bar.** — Tuberculose et grossesse. Bull. de l'Académie de Méd. de Paris, 11 juillet 1922.
- Bar.** — Congrès de Rome, 1912-1923.
- Bar.** — Traité d'obstétrique.
- Bar et Devraigne.** — De l'épreuve de la tuberculine chez les femmes enceintes (Soc. d'Obst. Paris, 15 février 1911).
- Bar, Devraigne, etc.** — Communication à la Soc. Obst. de France, XIV^e session, 6 oct. 1911.
- Bernard Léon.** — Des relations de la tuberculose pulmonaire et de la maternité (Paris Médical, 6 juin 1923).

- Bernard Léon.** — Gestation et tuberculose (Presse Médicale, 16 nov. 1921).
- Bernard Léon.** — Tuberculose pulmonaire et gravidité (Bull. de la Soc. d'Obst. p. 274).
- Bernard Léon.** — Grossesse et tuberculose (Bull. de l'Ac. de Méd. de France, 27 juin 1922).
- Bonnaire.** — De l'influence de la puerpéralité sur la tuberculose (Presse Méd. 1905).
- Bonnaire.** — La responsabilité du médecin dans l'avortement provoqué. (Presse Méd. n° 21, 1911).
- Bossi.** — Congrès de Rome, 1912.
- Bossi.** — Les indications médicales de l'interruption de la grossesse (l'Obstétrique, 1902).
- Bossi.** — Compte-rendu du Congrès International de Tub. Paris, 1905.
- Bouchard.** — C. R. du Congrès Int. de la Tuberculose, Paris, 1905.
- Bumm.** — De l'interruption de la grossesse chez les tub. (Semaine Méd. 1908).
- Boursier et Forges.** — Avortement provoqué pour tuberculose pulm. compliquée de tub. laryngée (Bull. de la S. d'Obst. 1926, p. 421).
- Brindeau.** — Conduite à tenir dans le cas de tuberculose compliquant la grossesse (J. de Méd. de Paris, 1912, 2^e S XXIV, 511-513).
- Brindeau.** — Tuberculose pulm. et grav. (Bull. de la Soc. d'Obst. et de Sym. de Paris, Séance du 23 mai 1921).
- Burekhardt.** — Le pronostic de la T. P. compliquée de grossesse (C. R. du C. Intern. de la T.).
- Caillard.** — Grossesse et tuberculose. — Rapport. (Thèse de Paris, 1928).
- Chirié et Walter.** — L'avortement provoqué dans la tub. pulm. compliquée de grossesse (Bull. Méd. 23 et 26 août 1922).
- Colombet.** — Conduite à tenir en présence d'une femme enceinte de tub. pulm. (Thèse de Lyon, 1912).

Colombet. — Gazette des Hôpitaux, 27 juillet 1912).

Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens Français, 9 et 10 avril 1923.

Congrès International de Gynécologie (Rome, 1902 Sept.)

Conférence de l'Union Int. contre la Tuberc. (deuxième) Lausanne, 5 et 7 avril 1924).

Cullen. — Etude de Méd. pratique, t. II, p. 189.

Dantier Justin. — Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur la tub. (Thèse de Paris).

Decaulme. — Pneumothorax et grossesse (Thèse de Paris, 1926).

Demelin. — Grossesse et tub. (Le Médecin Praticien, 8 déc. 1908).

Bubrenier. — Bull. de l'Ac. de Méd. 1851.

Dumarest et Brette. — Grossesse et tuberculose (Presse Méd. 1922).

Dumarest et Brette. — Bull. de l'Ac. de Méd. 27 juin 1922.

Frühinzhobir. — Avortement thérapeutique et tuberculose pulm. (Revue Méd. de l'Est, 46^e année, Tome LI, n° 7).

Favre et Thomas. — Tuberculose et puerpéralité. Essai critique des indications de l'avortement provoqué dans la tub. pulm. (Thèse de Paris, 1905).

Gaujeur et Gaussel. — Un cas de tuberculose pulmonaire traité par le pneumothorax, mariage, maternité, résultats éloignés. (Bull. de la S. d'O. 1927, p. 337).

M^{lle} Gondreaux. — Influence réciproque de la tub. et de la puerp. d'après les statistiques faites dans les hôpitaux de Toulouse (Thèse de Toulouse, 1905-1906).

Grimbert. — Grossesse et pneumothorax artificiel (Thèse de Paris, 1923).

Grisolles. — Bull. de l'Ac. de Méd. (20 oct. 1849).

Grisolles. — De l'influence que la grossesse et la phtisie exercent l'une sur l'autre (Arch. Gén. de Méd. XXII, 1850).

Gueneau de Mussy. — Gazette des Hôpitaux (1868).

Guillaumet. — Grossesse et tuberc. Avortement thérapeutique (Thèse de Lyon, 1922).

- Hanel et Jahier.** — Tuberculose et grossesse (Bull. de la S. d'O., 1923, p. 483).
- Hergott.** — Tuberculose et gestation (Ann. de gynécologie, juillet 1891).
- Jamnet.** — L'anergie au cours de la gestation et de la puerpéralité (Thèse de Paris, 1920).
- Kania.** — Influence de la puerpéralité sur les femmes prédisposées à la tuberculose (Thèse de Paris, 1904).
- Kuss.** — Tuberculose pulm. et grav. Suite de la discussion (Bull. de la S. d'O., 1922, p. 9).
- Lacomme.** — Une maternité pour tuberculose annexée à la clinique Baudeloque, organisation, fonctionnement, résultats de 1921 à 1925 (Thèse de Paris, 1926).
- Lasègue.** — Thèse de Paris (1856).
- Lapage et Ribemont-Dessaigne.** — Traité d'obstétrique (1914).
- Lequeux.** — Des rapports entre la tuberculose et la grossesse au point de vue pronostique et thérapeutique (Journal de Méd. int. 200, v. 1909).
- Louis.** — Recherche sur la phtisie (1843).³
- Maret.** — Tuberculose et grossesse : essai thérapeutique, cure sanatoriale pneumo, avortement therap. Hystérectomie (Thèse de Paris 1925).
- Magnette.** — Tuberculose pulm. et avortement (Thèse de Lyon, 1908).
- Martin.** — Congrès de Rome.
- Mauriceau.** — Observation sur la grossesse et sur l'acc. des femmes et sur leur maladie (I édition, tome II, 1715).
- Mitrovich.** — Tub. pneumothorax et gestation (Thèse de Paris, 1922).
- Monnier.** — Considérations sur le rapport de la grossesse et de la puerpéralité (Thèse de Paris, 1908).
- Montal.** — De l'avortement provoqué (Presse Méd. 25 mars 1911).

- Morvezen.** — Tuberculose : évolution au cours de la gestation, influence du pneumoth. art. (Thèse de Paris, 1922).
- Nobécourt et Paraf.** — Extr. de Bull. et Mém. de la Soc. des Hôpitaux de Paris (28 nov. 1919).
- Nobécourt et Paraf.** — L'influence de la grossesse sur l'évolution de la tub. pulmonaire et pleurale (Presse Méd. 1920, p. 14, 18 févr.).
- Peter.** — Leçons de clinique médicale (t. II, 1879).
- Pinard.** — Ann. de Gyn. et d'Obst. juin 1913.
- Pinard.** — De l'avortement soi-disant thérap. chez les femmes tuberc. en état de gestation (Ann. d'Obst. et de Gyn. juin 1922).
- Pinard.** — Tuberculose et grossesse (Bull. de Soc. Méd. de Paris, Tome XXXVIII, 21 nov. 1922).
- Pinard.** — Rapport au congrès périod. et int. de gyn et d'obst. et de pédiatrie (Rome, 15-21 sept 1902).
- Pinard.** — Ann. de Gynécologie (1912).
- Pinard.** — De l'interruption thérap. de la grossesse (Rev. Fran. de Méd. et de Chir. n° 9, 1903).
- Povilewitz.** — Tuberculose du larynx et gestation (Bull. de la S. d'O. 1922, p. 17).
- Proust G.** — Influence qu'exercent la grossesse, l'accouchement et l'état puerpéral sur la tub. pulm. (Thèse de Paris, 1903).
- Rebière.** — Contribution à l'étude de la tuberc. dans ses relations avec la grossesse et les suites de couches (Thèse de Paris, 1900).
- Rist.** — Tub. pulm. pneum. art. et gravidité (Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux, p. 1455).
- Rist.** — Tuberculose pulm. et gravidité (Bull. de la Soc. d'Obst. 1929, p. 99).
- Rivière.** — Thèse de Paris, 1902.
- Rosière de la Chassagne.** — Manuel des pulmoniques.
- Rudaux.** — Tuberculose et puerpéralité (La clinique, 1909).
- Savary.** — La maternité cantonale de St-Maurice, son fonctionnement depuis l'ouverture jusqu'en octobre 1922, particulièrement

au point de vue de la prophylaxie de syph. et de tub. (thèse de Paris, 1923).

Sakka Ali. — Thèse de Paris, 1918.

Sergent. — Tuberc. et grossesse (Études cliniques sur la tub. 1918, p. 351.

Sergent. — Presse Méd. 5 juillet 1913.

Sergent. — Tuberculose pulm. et grav. (Suite de la discussion Rist, Bernard, Voir Bull. de 1921 - Bull. de la Soc. d'Obst. 1922, p. 2).

Sergent. — Grossesse et tub. (Bull. de l'Ac. de Méd. Séances 11-18 juillet 1922).

Sibot. — Influence sur la puerpéralité, sur le développement et l'évolution de la tub. pulm. (Thèse de Paris, 1929).

Sims, — Observations sur les maladies épidémiques.

Valais et Roume. — Evacuation de la cavité utérine dans un cas de tuberc. à marche rapide. (Bull. de la S. d'Obst. 1922, p. 48).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Historique]	14
Tuberculose et Grossesse	22
Essais thérapeutiques	43
Conclusions	47
Bibliographie	49

